Sint Lucas
Tijdschrift

DE RAPPORTEN VAN DE NATIONALE KOMMISSIE VOOR ETHISCHE PROBLEMEN

De Geneesherenvereniging Sint Lukas, bezorgd over de mogelijke weerslag op de gezondheid van de vrouw, van het vrijlaten van abortus, heeft gedurende haar statutaire vergadering van 17 oktober 1976 de twee rapporten van de Kommissie bestudeerd.

Ze heeft eveneens de sociale gevolgen en de juridische problemen onderzocht, die voortvloeien uit een initiatief dat de medische etiek overhoop haalt.

Wij leveren aan de lezer een wetenschappelijke studie, die de ingenomen standpunten zo klaar mogelijk toelicht.

Dr KLUYSKENS

Nr 3 - 1976

KRITISCHE LEZING VAN DE TWEE RAPPORTEN DER STAATSCOMMISSIE VOOR DE ETHISCHE PROBLEMEN IN VERBAND MET HET VRAAGSTUK VAN ABORTUS.

De staatscommissie voor de ethische problemen heeft na langdurig en zorgvuldig werk haar rapport neergelegd, dat in feite uit 3 deelrapporten bestaat : *1.* Rapport aangaande de anticonceptie, *2.* Rapport aangaande de herziening van de wetgeving op de zwangerschapsafbreking, *3.* Verslag betreffende het anonymaat van de moeder en van het in anonymaat geboren kind.

Deze deelrapporten hebben vanzelfsprekend alle betrekking op de problematiek van de ongewenste zwangerschap en de daarmee verbonden problemen van de abortus. In deze rapporten worden conclusies naar voor gebracht die voorstellen inhouden om tot een coherent en efficiënt gezondheids- en maatschappijbeleid te komen.

Voor hun werk hebben de commissieleden gebruik gemaakt van de informatie die hen door de subcommissies werden verstrekt. Deze informatie, gesteund op gegevens van zeer diverse aard ingewonnen in binnenlandse en buitenlandse literatuurgegevens en andere bronnen, was aanzienlijk.

Spijts de zorg om tot een unaniem inzicht en conclusie te komen, is dit niet gelukt aangaande de herziening van de wetgeving op de zwangerschapsafbreking. Hierdoor onstonden er 2 rapporten, sedertdien genoemd, het rapport der 13 en het rapport des 12.

Uitgaande van dezelfde informatie en feiten die in de 2 rapporten worden verwerkt en opgenomen (13) en ook in volumineus addendum worden verstrekt (12) is men tot afwijkende conclusies en voorstellen gekomen.

Deze conclusies en voorstellen, die slechts in schijn niet zover van elkaar staan qua formulering, dragen in feite in zich de sporen van fundamentele optiek- en optieverschillen.

Hoe zijn deze verschillen ontstaan ?

Heeft men zich, uitgaande van dezelfde gegevens, in één der 2 groepen bezondigd aan gemis aan objectiviteit ? — Heeft men

zich in de ontwikkeling van de redenering doorhoudend laten leiden door de principes waarvan men uitging ? Ziehier enkele van de vragen die oprijzen.

Mij werd gevraagd door het bestuur van de St. Lucasvereniging, de niet weinig volumineuze informatie en de verslagen hier voor U samen te vatten. Welke ook het individueel inzicht van de lezer van deze verslagen zij, zij zijn een onschatbare informatiebron, voor al wie met deze problematiek is begaan, en als dusdanig een belangrijk tijdsdocument.

ANALYSE DER FEITELIJKE GEGEVENS

— *Clandestiene abortus* in ons land blijft een belangrijk probleem, spijts het zich wijzigend contraceptief gedrag naar het gebruik van meer doeltreffende methodes (13, § 54). De frekwentie ervan, vroeger manifest overschat, schommelt tussen 20 000 à 40 000 per jaar (Lerou en Dooghe 1975) of lager (Cliquet 1975). Het overgrote aantal grijpt plaats op clandestiene wijze of in het buitenland. (Engeland, nu Nederland geschat door Schnabel 7 000 — 10 000 voor 1975).

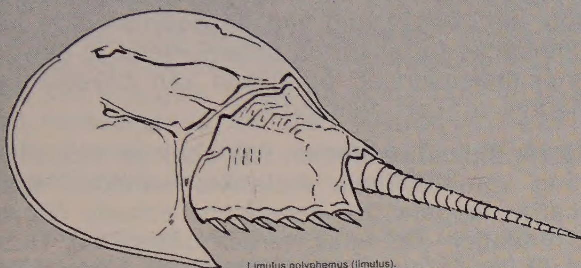
— Deze « clienteel » bestaat zowel uit gehuwden, gescheidenen als ongehuwden.

— *Clandestiene abortus* brengt een veel hoger risico mee dan Abortus Arte Provocatus (A.A.P.) (100 maal hoger sterfte). Het somatisch risico voor de vrouw (sterfte) bij correcte methodiek is het laagst bij de Vroegtijdige abortus en stijgt met het aantal weken. Zij wordt geraamd op 3/100 000 (i.e. zoals bij gebruik van contraceptiva en minder dan bij baring). De late morbiditeit, groter voor clandestiene dan voor A.A.P., heeft vooral betrekking met infectieuze en morphologische veranderingen die de latere fertiliteit kunnen storen.

In beide rapporten worden de *medische technieken* (curettage, zuigcurettage, prostaglandines, hysterotomie, etc.) besproken voor zwangerschapsafbreking en hun resultaten getoetst aan deze mortaliteit en morbiditeit. Voor een medisch publiek moet men hierover niet verder uitwijden. Bij het hanteren van deze cijfers van moederlijke sterfte en morbiditeit mag men niet uit het oog verliezen, *dat welke methode ook wordt gebruikt, hierbij een 100 % mortaliteit voor de foet wordt verkregen.*

In beide rapporten wordt ook van het feit uitgegaan dat in onze kultuur de eerbied voor het menselijk leven als algemeen beginsel geldt.

De Koningskrab is uniek



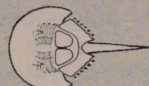
Limulus polyphemus (limulus).
Het vrouwtje kan een lengte van 60 cm bereiken.

Limulus polyphemus, Indische krab of de krab der Molukken (ook wel Koningskrab genoemd)

Tussen Maine en Yucatan, in de Golf van Mexico, leeft deze merkwaardige diersoort die zich dusdanig ontwikkeld heeft dat uitsluitend zijn ecologische nis geëxploiteerd wordt.

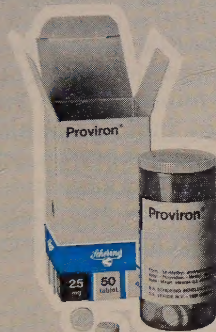


De Limulus, die beschreven wordt als een «levende fossiel», is de enige overlevende van de Xiphisura, orde waarvan bepaalde vormen teruggaan tot het Juratijdperk.



In werkelijkheid is de Koningskrab helemaal geen krab: zijn naaste verwanten zijn de schorpioenen en de spinnen, d.w.z., de Arachnida.

PROVIRON is uniek



Proviron is een uniek androgeen, specifiek bestemd voor de behandeling van de androgenische tekortkomingen bij de man.

Proviron

- ☐ wijzigt niet de testesfunctie zelfs niet op lange termijn.
- ☐ vermindert niet het percentage endogene testosteron.
- ☐ verandert niet de leverfunctie zoals andere orale androgeenpreparaten.

«Alleen **Proviron** verenigt deze eigenschappen met een uitgesproken doeltreffendheid»

Barwin, B.N. & coll., Practitioner, 211, 669, 1973

PROVIRON Tabletten
Actief androgeen per os, bestemd voor de man.

Samenstelling
1 tablet Proviron bevat 10 mg of 25 mg 1α-methyl-androstanolon (Mesterolon).

Indicaties
Vermindering van de fysische en intellectuele vermogens op rijpe of gevorderde leeftijd, stoornissen in de potentie, steriliteit van de man, hypogenitalisme, cardio-circulatoire stoornissen.

Contra-Indicatie
Prostaatcarcinoom.

Dosering
Het klinische onderzoek toont de noodzakelijkheid van een voldoende hoge dosering aan bij de aanvangsbehandeling alsmede bij bepaalde indicaties (b.v. hypogenitalisme) waarbij het tekort aan androgenen bijzonder groot is.
In dergelijke gevallen zullen de tabl. à 25 mg het gebruik van mesterolon vergemakkelijken. De patiënten zijn namelijk niet verplicht iedere dag een groot aantal tabl. à 10 mg in te nemen. Laatstgenoemde dosering zal evenwel noodzakelijk blijven bij een onderhoudsbehandeling en in lichte gevallen waarin de vereiste dagelijkse dosis gemakkelijk in de vorm van tabl. à 10 mg ingenomen kan worden.

Aanvangsbehandeling
Bij elke indicatie, behalve bij hypogenitalisme, omvat de aanvangsbehandeling over het algemeen een dagelijkse dosis van 3 x 1 tabl. à 25 mg. In lichte gevallen kan deze dagelijkse dosis herleid worden tot 3 x 2 tabl. à 10 mg.

Voortzetting van de behandeling
1 of 2 x 1 tabl. à 25 mg per dag.
In lichte gevallen, 2 of 3 x 1 tabl. à 10 mg.

Onderhoudsbehandeling
Voor het handhaven van het therapeutische resultaat, kunnen vaak 1 tot 2 tabl. à 10 mg of 1/2 tot 1 tabl. à 25 mg per dag volstaan. Afhankelijk van de aard en de intensiteit van de stoornissen of de symptomen, wordt hetzij een kuur met Proviron van 4 tot 6 weken aangeraden, hetzij een voortgezette behandeling van langere duur die zich over verscheidene maanden uitstrekt. Indien nodig, kunnen de kuren herhaald worden.

Hypogenitalisme
Een langdurige behandeling is noodzakelijk. Voor de ontwikkeling van de secundaire geslachtskenmerken, een dagelijkse dosis van 3 of 4 x 1 tabl. à 25 mg gedurende verscheidene maanden toedienen. Als onderhoudsdosis, kan in de meeste gevallen 2 x 1 tabl. à 25 mg per dag volstaan. De Proviron-tabletten zijn per os volledig werkzaam. Het is dan ook niet nodig deze «intrabuccaal» toe te passen zoals tot nu toe voor de andere androgeenpreparaten aangeraden werd. Wanneer evenwel doses van meer dan 60 mg per dag gedurende verscheidene weken toegediend worden, verdient het aanbeveling de integriteit van de leverfunctie na te gaan.

Verpakkingen
30 en 150 tabletten à 10 mg
20 en 50 tabletten à 25 mg

PROVIRON, het unieke androgeen

Wetenschappelijke documentatie:
R. COLES N.V. - 1920 DIEGEM
Tel.: (02) **720 48 20** (gegr. lijnen)
SCHERING BENELUX N.V. - 1920 DIEGEM

D-232-I- mei 75

Door de auteurs van het rapport van de 12, wordt aandacht geschonken aan het *waardeconflict* dat bij het probleem van de abortus ontstaat. Dit conflict wordt door de 13 in hun exclusieve aandacht voor « draagster — aanvraagster » over het hoofd gezien.

In verband met de *indicatiestelling* tot zwangerschapsafbreking moet opgemerkt, dat door de vooruitgang van de geneeskunde het aantal van somatische indicaties tot absortus onbeduidend is geworden, t.o.v. de andere indicatiestellingen op grond van psychische, sociale e.a. omstandigheden, of « on demand ».

De zogenoemde foetale indicaties nemen toe door de mogelijkheid van diagnosestelling van multipele metabole aandoeningen, zodat de vroegere indicaties, beperkt tot genetische schade (Down syndroom) of virale besmettingen (Rubella) werden uitgebreid. Deze problematiek wordt door de 12 in extenso besproken. Deze indicatiestellingen zijn er ook de reden voor dat abortus op foetale indicatie (amnios punktie) later wordt uitgevoerd en dat door de 12 en de 13 de zogenaamde *termijnregeling* voor abortus niet wordt aangenomen. De foetale indicatie wordt door de 12 ook niet a priori verworpen.

Aangezien het waardeconflict dat bij abortus ontstaat, moeten bij deze indicatiestellingen volgens de 12 de waarden objectief benaderd worden en wordt gesproken van ethisch minimum. Dit zal vooral van belang blijken bij de uitbreiding van het indicatiegebied waar psychische, economische, sociale en humanitaire factoren een grote waarde worden toegekend, waar subjectief beoordeelde factoren het begrip van noodzaak bijbrengen en bij extensie het begrip van medische noodzaak doen stellen met als gevolg de noodzaak tot het uitvoeren van een medische verrichting.

Gezien het belang van deze niet-somatische en van de traditionele medische indicatie afwijkende indicaties, is het belangrijk de andere feitelijke gegevens te analyseren.

Het zijn : 1. de psychologische gegevens bij de vrouw, 2. de psychologische gegevens bij de ongewenst geborene (naar schatting zou dit voor ons land 1/4 van de geboorten het geval zijn). 3. de invloed van geliberaliseerde absortuswetgeving op de vermindering van clandestiene abortus, en de invloed ervan op het contraceptieve gedrag. 4. de weerslag van een veranderde wetgeving op de demografische situatie.

1. PSYCHOLOGISCHE GEGEVENS BIJ DE VROUW

Deze studies stoten op moeilijkheden wat betreft de bruikbaarheid van de gegevens onder andere, door het gebrek aan vergelijkbare studies, het gemis aan objectiviteit ten gevolge van gerichte

interpretatie, beperkingen voortspruitend uit de onderzoeksmethodiek, onduidelijkheden in de gebruikte psychiatrische terminologie (rapport 12).

Tevens moet hier worden onderstreept dat de zwangerschap op biologisch niet alleen, maar ook op psychologisch vlak een totale ommekeer voor de vrouw betekent. Uit de talrijke studies blijkt dat ook de normale zwangere onderhevig is aan zeer ambivalente gevoelens van vreugde, angst en spanning. De verwerking ervan hangt af van verschillende factoren waaronder haar weerstand, opvoeding, levensomstandigheden, houding van de omgeving, houding van de maatschappij, houding van haar arts.

Het belang van de wet op het educatieve vlak als in de praktijk, onder meer in het motiveren voor het voeren van een sociale politiek en bieden van familiale hulp, is hier aanzienlijk. De 12 onderstrepen dat de psychische sfeer die men schept, minstens zo belangrijk is als de materiële hulp die men biedt.

De psychische kontekst bij het nemen van een beslissing tot zwangerschapsonderbreking brengt geen, of weinig belangrijke moeilijkheden mee (o.a. Osofsky) in circa 75 % der gevallen.

De keuze en reactie wordt evenwel ook bepaald door hogergenoemde factoren, nl. psychische en fysische weerstand, omgeving, arts, maatschappij. Permissiviteit werkt deculpabilisering in de hand. Verder is ook het stadium van de zwangerschap waarin tot afbreking wordt besloten belangrijk.

Verder moet het belang van de zintuiglijke waarneming van het kind niet worden onderschat, zoals blijkt uit de informatie dat gehuwde vrouwen met kinderen met weigering reageren op het horen van de foetale tonen bij middel van doptone bij een toegelaten abortus.

Psychische gevolgen van abortus

1. Men kan stellen dat deze van *clandestiene abortus* belangrijker zijn dan van legale, gezien de kontekst van onzekerheid en omstandigheden.

2. Na *legale abortus* kan men het volgende opmerken :

a. bij medische abortus zijn de psychische gevolgen des te zwaarder naargelang de psychiatrische indicatie ertoe ernstig was. Men kan ook stellen dat abortus des te beter zal worden verdragen naarmate de vrouw psychisch stabieler is (Simon).

Wat raadt U uw patiënten aan?

1. HAARUITVAL

Het bad dat bij de haarsoort past.

Behandeling : ampullen met anti-haaruitval lotion op basis van gesteriliseerde amniotische vloeistof.

Onderhoud : de verzorging die past bij de haarsoort.
De lak die past bij de haarsoort.

2. SCHILFERTJES

Behandeling : Peeling Bad in doosje met 4 toepassingen, op basis van zinkpyridinethione. Aanbrengen op het nog droge haar, masseren tot emulsie brengen, spoelen.
Onderhoud : Antischilfertjes Bad.

Geen alcoholbevattende lotion gebruiken.
De Verzorging en de lak die bij de haarsoort passen.

3. VETTE HAREN

Anti-seborrhee Bad
Organische zwavel en vette esters. Afwisselen met het Evenwichtsbad.

Drievoudig Surfactief
zwavel aminozuren opslorpende polymeren.

Volumegevende lak
op basis van opslorpende polymeren.

4. DROGE HAREN

Vitaalbad
op basis van vetstoffen en kationische bestanddelen.

Voedende Emulsie
op basis van natuurlijke oliën en actieve kationen.

Vitaliserende Lak
op basis van kationische polymeren.

5. VETTE HOOFDHUID DROGE HAREN

Tweeledig Bad
op basis van zwavel aminozuren verzachtende polymeren.

Tweeledige Verzorging
op basis van zwavel aminozuren, kationische polymeren, oliën van siliconen.

Vitaliserende Lak
op basis van kationische polymeren.

b. De psychische reacties zoals de schuld, spijt, wroeging, depressie en verwerkingsmoeilijkheden, worden in de literatuur verscheiden aangegeven zodat formele besluiten niet kunnen worden uitgedrukt in percentages van wroeging, schuld en spijt. Men kan stellen dat de vroegtijdige medische verantwoorde abortus geen ernstige verwerkingsmoeilijkheden geeft.

c. Evenwel zijn er bepaalde groepen en situaties op dit punt van verwerking kwetsbaarder zoals abortus die opgedrongen werd, abortus op medisch-eugenetische indicatie, uitgesproken ambivalentie t.o.v. zwangerschap, voorafbestaan van psychische moeilijkheden, tekort aan steun van de omgeving of afkeuring; ongehuwde adolescenten.

Psychische gevolgen voor de vrouw na weigering van abortusaanvraag

De onderzoeksresultaten zijn schaars. In het rapport van de 13 wordt hierover (§ 36) gezegd : « Bij de vraag naar de psychologische reactievorming bij vrouwen van wie abortus aanvraag werd geweigerd dient vastgesteld dat — vooral in de laatste jaren — slechts iets meer dan de helft de betreffende zwangerschap feitelijk uitdraagt. De meerderheid kent geen uitgesproken verwerkingsproblemen en past zich na verloop van tijd aan de situatie aan. »

Interessant zijn hierbij de resultaten te vermelden die in het rapport der 12 worden aangebracht.

— Uit een studie van Höock van 249 vrouwen met abortus aanvraagweigering blijkt dat 86 % de zwangerschap verder zetten, dat bij 3 % spontane abortus optrad, en dat 11 % overgingen tot clandestiene abortus. 76 % pasten zich na geweigerde abortus aan, hetzij onmiddellijk (23 %) of na initiële moeilijkheden (53 %). 24 % deze vrouwen vertoonden nog moeilijkheden na 18 maand.

— In een studie van Hoffmeyer (1967) worden de reacties van 180 vrouwen bij wie abortus geweigerd werd, met de reacties van 126 vrouwen bij wie wettelijke abortus werd uitgevoerd vergeleken. In beide groepen waren er 80 % tevreden, en 20 % ontevreden.

— Ook bleken uit een studie van Horobin (1973) de psychische moeilijkheden in een groep na weigering van abortus analoog te zijn aan deze in een groep na uitvoeren van legale abortus.

— Ook in de serie van de Church of Engeland board for social Responsability (Lane Rep.) bleek in een groep van 604 perso-

nen waarbij abortus niet werd uitgevoerd, het percentage voor regretted refusal kleiner dan voor het percentage glad of refusal voor alle leeftijdsgroepen.

Leidt weigering van abortus tot zelfmoord ?

Uit de bekende gegevens lijkt dit niet zo te zijn : zelfmoord bij zwangeren is uiterst zeldzaam. Uit een U.S.A. dokument kon eerder afgeleid worden dat zwangerschap eerder beschermend werkt, tegen suicide.

2. PSYCHISCHIE CONDITIE VAN HET KIND GEBOREN NA WEIGERING VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING

In het rapport der 13 (§ 37) wordt aangegeven dat kinderen uit moeders aan wie de aanvraag tot abortus werd geweigerd, in een groter risico situatie verkeren vooral wat hun emotionele en sociale ontwikkeling betreft. Deze verschillen zouden niet dramatisch te noemen zijn en zouden vooral een kleine subgroep betreffen met werkelijke ernstige schade voor hun ontwikkeling. Deze beweringen steunen hoofdzakelijk op erg schaarse studies onder meer een studie uit de literatuur, en met name een zweedse studie van Forssman en Thuwe op 120 kinderen. In deze kleine reeks werd het zogezegde groter risico voor wat betreft hun emotionele en sociale ontwikkeling niet duidelijk aangetoond. In de studie van Dytrich (Checo-Slowakije) wordt aangestipt dat er geen fysische verschillen bestaan tussen niet gewenste en gewenste kinderen. Acute ziektetoestanden kwamen niet frekwenter voor en de schooluitslagen waren iets lager. Daarentegen kenmerkte zich de groep der ongewensten door een grotere zin voor humor ! Ook wordt dan in de conclusie van het Lane Rapport aangestipt dat er geen relatie is tussen weigering tot abortus en een ongelukkige jeugd zoals er geen is tussen het gewenst zijn en gelukkige kinderjaren. De vraag kan bijgevolg gesteld worden of deze onduidelijke en zeker niet evidente karakteristieken opwegen tegen het totaal verlies van levenskwaliteit dat abortus zou hebben betekend.

3. DE INVLOED VAN EEN GELIBERALISEERDE ABORTUS-WETGEVING OP DE VERMINDERING VAN CLANDESTIENE EN VAN TOTALE ABORTUS-FREKWENTIE (ook gelegaliseerde) EN HAAR INVLOED OP HET CONTRACEPTIEF GEDRAG

In de optiek van de rapporten der 12 en der 13 dat abortus een uitzondering moet zijn, moet nagegaan worden of niet alleen clandestiene maar ook het aantal gelegaliseerde abortussen verminderen

om ze tot de residuele probleemgevallen uiteindelijk gereduceerd te zien. Anders betekent liberalisatie alleen maar een verschuiving van de clandestiene naar het aantal legaal geworden A.A.P.

Het is geenszins bewezen dat een liberale wetgeving het totaal aantal clandestiene en vooral legale abortussen zal doen dalen. De stijgende cijfers in de voorhanden zijnde statistieken van de abortus-aantallen, en de stijgende relaties abortus — levende geboorten (waarin het rapport der 12 uitgebreide statistische gegevens over meedeelt) pleiten zeker niet in de zin van een reductie van het totaal aantal abortussen. Daarenboven zijn de cijfers van herhaalde gelegaliseerde abortussen indrukwekkend. Men kan inderdaad goed begrijpen wat Allan Gutmacher (IPPF) geschreven heeft. « La répétition des avortements constitue un sujet d'inquiétude pour ceux d'entre nous qui travaillent dans le domaine du planning familial. Cet état de choses dénote l'échec des efforts des conseils adéquats ou de persuasion visant a inciter des gens a utiliser des methodes de contraception efficace. »

Hierbij zij gewezen op het Nederlandse experiment.
Treffers (1973) wees erop dat dank zij contraceptie het aantal clandestiene abortussen op de terugweg was. Deze regressie was vooral te wijten aan het feit van de orale contraceptie. Na 1967 (liberalisatie van de abortus in Nederland, de facto) is het aantal abortus-ingrepen gestegen. Zijn besluit was dat de abortus een gewone of concurrencerende contraceptieve methode geworden is.

De meer optimistische cijfers van Schnabel gegeven, zijn voor kritiek vatbaar. Hieruit kan men besluiten dat men niet kan beweren dat het aantal vruchtafdrijvingen werkelijk is gedaald. Men neemt eerder aan dat het totaal aantal abortussen gedurende een niet te voorzien tijdvak zal stijgen ten gevolge van veranderingen in de abortuswetgeving. (Tietze, 1971 en Vander Tak, 1974).

Andere auteursbeklemtonen dat mensen voor contraceptie minder gemotiveerd zijn zodra abortus gemakkelijk wordt toegestaan. (Moore, 1971). Het gemakkelijk toestaan van abortus staat een vlugge overschakeling naar het gebruik van efficiënte voorbehoedsmiddelen in de weg. (Szabaky, Klinger, 1972).

Het is een loutere werkhypothese dat men van een stadium van dalende vruchtbaarheid, aanvankelijk bekomen door contraceptie en gelegaliseerde abortus, zou overgaan naar een stadium van stationnaire vruchtbaarheid met slechts overblijven van residuele gevallen die op te lossen zijn door abortus.

Tietze zelf schrijft : « But hope is no substitue for experience. »
Men kan bijgevolg in feite wel stellen dat abortus en conceptie complementaire factoren uitmaken.

4. ABORTUS EN DEMOGRAFISCH BELEID

In het rapport der 13 (§ 140) wordt een kapittel gewijd aan de verwerping van de zwangerschapsafbreking als instrument van een demografisch beleid. Hierin geven de auteurs hetvolgende aan « spreekt het vanzelf dat bij het uitstippelen van een beleid in zake de zwangerschapsafbreking er zorgvuldig dient voor gewaakt dat dit beleid geen ongewenste verschijnselen op demografisch gebied oproept. Toch mag de zwangerschapsafbreking noch in restriktieve, noch in permissieve zin worden aangevoerd als instrument van een demografisch beleid. Dit moet met andere middelen worden bestreden.

In § 80 in het verslag van de 13, zeggen zij, hoewel op grond van de ervaringen in het buitenland en indirecte gegevens voor België het niet ondenkbaar is dat bij een depenalizering van abortus de nataliteit nog meer zou afnemen. Het is duidelijk dat een indrukwekkende daling van het geboortecijfer te zien is in alle landen waar een liberalisatie van de abortus in de wetgeving is ingevoerd. (dit blijkt uit de uitgebreide statistieken ten overvloede, die in addendum worden meegedeeld in het rapport der 12).

De vraag kan zich inderdaad stellen of de demografische evolutie in ons land ons onverschillig moet laten. Hierbij weze opgemerkt dat :

a. het netto voortplantingscijfer voor ons land beneden 1 is gedaald (0,9 en lager). Dit cijfer voorziet nu al niet in een harmonische opbouw van de generaties. Bij een stationnair model zijn in ons land 130 000 geboorten per jaar nodig. Actueel missen wij voor ons land nu al 10 000 geboorten per jaar, om dit te bewerkstellingen.

b. de evolutie van het geboortecijfer in ons land is verre van rooskleurig. In 1964 bekwamen wij voor 160 400 geboorten een geboortecijfer van 17,10 per duizend. In 1975 was dit gedaald tot 119 200 geboorten met een geboortecijfer van 12,5 per duizend.

c. bij volledige liberalisering van de abortus zou men kunnen rekenen op een bijkomende daling van 10 à 12 % in de nataliteit (Cliquet, MVG) zoals in het rapport der 13 wordt aangetoond.

Wegens al de hogergenoemde feiten zou het besluit hieruit moeten zijn : dat een coherent gezins- en welzijnsbeleid zou inhouden dat er een positieve instelling moet aangekweekt worden t.o.v. het moederschap en het kind, wat in een geliberaliseerde sfeer zeker niet wordt verzekerd.

VOORSTELLEN TOT VERANDERING IN DE WETGEVING

Op grond van deze feitelijke gegevens, wordt in het verslag der 13 een voorstel opgebouwd, dat als volgt wordt geformuleerd. : « ZWANGERSCHAPSAFBREKING IS NIET LANGER EEN MISDAAD OF EEN WANBEDRIJF WANNEER ER EEN GEHEEL VAN OMSTANDIGHEDEN BESTAAT DAT VAN AARD IS ERNSTIG EN LANGDURIG DE TOTALE LEVENSSITUATIE VAN DE VROUW TE BEDREIGEN. De beoordeling van deze individuele toestand steunt op een globale benadering waarbij elementen van lichamelijke, psychologische en sociale aard in aanmerking moeten worden genomen, en die overigens bevat zijn in het huidige begrip « Gezondheid ».

In hun verslag gaan zij evenwel voorbij aan een zeer belangrijk feit, met name dat bij zwangerschapsafbreking een waardeconflict oprijst, waar de levenskwaliteit van de ene, bewaard wordt ten koste van de totale levenskwaliteit van de andere. Het voorgestelde besluit der 13, dat uitgaat van de totale — levenssituatie en dus verder gaat dan het begrip gezondheid van het W.G.O. kan bijgevolg onder geen voorwendsel worden aanvaard. Het lijkt hierbij dat men van de filosofie uitgaat dat abortus altijd moet mogelijk zijn, wat bij het volgen van hun conclusie inderdaad het geval is.

In het verslag der 12, waarin de hogergenoemde feiten en gegevens ook ten gronde en kritisch werden bekeken, wordt het feit van het waardeconflict, dat bij zwangerschapsonderbreking ontstaat, niet uit het oog verloren. De voorgestelde oplossing in het verslag der 12, is als volgt geformuleerd.

« ZWANGERSCHAPSONDERBREKING IS VERBODEN, BEHALVE WANNEER DE VOORTZETTING VAN DE ZWANGERSCHAP HET LEVEN VAN DE VROUW IN GEVAAR BRENGT OF MET ZEKERHEID ERNSTIGE, BLIJVENDE SCHADE KAN TOEBRENGEN AAN DE LICHAMELIJKE EN GEESTELIJKE GEZONDHEID VAN DE VROUW, WANNEER ZIJ NIET ANDERS KAN VERMEDEN WORDEN EN VOOR ZOVER DE DOOR DE WET VOORGESCHREVEN MODALITEITEN IN ACHT GENOMEN WORDEN. »

Analyseren wij op dit punt nog verder het rapport der 13. Zoals zij schrijven in § 147, moet zwangerschapsafbreking uitzondering blijven en geen regel worden. De toestand van de vrouw mag geen aanleiding zijn om het bestaan van de foetus uit het oog te verliezen. De omstandigheden die als indicatiestelling voor zwangerschapsafbreking in aanmerking kunnen genomen worden, moeten van zeer ernstige aard zijn, en mogen niet met persoonlijke belangen gelijkgeschakeld worden. Zwangerschapsafbreking naar eigen behoefte is geen uiting van de ontvoogding van de vrouw. In een aantal paragrafen (148 - 158) wordt een redenering opgebouwd, waarin rekening

NOCERTONE LABAZ

basisbehandeling van hoofdpijn van het migrainetype

INDIKATIES

Basisbehandeling van vasomotorische hoofdpijn :
- migraine
- syndroom van Horton (histamine hoofdpijn).

DOSERING

De aanvangsdosis bedraagt 3 tabletten per dag. Zodra een voldoende verbetering intreedt, mag overgegaan worden tot een onderhoudsdosis van 2 tabletten per dag. In hardnekkige gevallen mag de dosis, op voorschrift van de arts, verhoogd worden tot 4 tabletten per dag (1 tablet 's morgens en 's middags en 2 's avonds).

HANDELSVORM : etui van 30 tabletten.

BIJWERKINGEN

Een zekere slaperigheid, meestal van lichte aard, werd af en toe vastgesteld, vooral bij hogere dosering. Zij kan door aanpassing van die dosering worden vermeden. Het is dus geraden met dit verschijnsel rekening te houden, vooral in het begin van de behandeling, bij bestuurders van voertuigen of machines. Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat Nocertone het effekt van alcohol potentieert.

BEWARING : tegen vochtigheid bewaren.

HOUDBAARHEID

Volgens bovengenoemde richtlijn bewaard, behoudt Nocertone al zijn therapeutische eigenschappen gedurende 5 jaar.

SAMENSTELLING

Het aktieve bestanddeel van Nocertone® is het fumaarzure zout van 5-(3-dimethylaminopropylideen) benzofuro [2,3-c]-1-benzoxepine (L 6257) of het fumaarzure zout van oxetorone, een oorspronkelijk derivaat, gesynthetiseerd in onze opzoekingslaboratoria.

FORMULE

Oxetoron. fumaras acid. 60 mg - Sacchar. lact. - Amyl. maïd. - Gelatin. - Acid. alginic. - Magnes. stearas - Flav. quinolin. pro colore. pro tablet. compres. una, Dicalcii phosphat. - Magnes. stearat. - Amyl. maïd et Acid. alginic. obducta.



wordt gehouden met de bepaling van het begrip gezondheid, waarbij men het niet wil doen doorgaan als een stelling « pour les besoins de la cause » waarmee zwangerschapsafbreking naar eigen behoefte gemakkelijk wordt door het aannemen van niet af te bakenen begrippen. (§ 149).

Waar in § 153 het traditionele begrip gezondheid (somatisch en psychopathologisch aspect) wordt aangegeven, wordt het begrip gezondheid der Wereld gezondheids organisatie (welzijn op psychologische, somatische en sociale vlak) een te ruime interpretatie geacht voor het specifieke abortusvraagstuk. Zij verkiezen omwille van de multidimensionele aspecten van de gezondheid evenwel (§ 151) het begrip levenssituatie dat al deze elementen bevat (§ 154) : de tijd waarin de vrouw leeft, familiale, affectieve, materiële, sociale en professionele factoren. Om deze redenen wordt een unidimensionele indicatiestelling verworpen (§ 155) omdat ze voorbijgaat aan het probleem zoals ze zeggen van de aanvraagster (dus zonder in achtneming van het andere leven dat door de foet wordt vertegenwoordigd).

In hun conclusie en voorstel wordt teruggesteund op de globale benadering, lichamelijk, psychologische en sociale aard, « die overigens bevat zijn in het huidige begrip gezondheid ». In deze conclusie wordt geen rekening gehouden met hun eigen paragraaf 153, waar het W.G.O. — begrip te ruim wordt geacht. Hoewel de levenssituatie waar men wil van uitgaan § 151 en § 154, nog veel ruimer wordt gesteld.

Na paragrafen te hebben gewijd aan de bescherming van het menselijk leven (§ 1-6), opgemerkt te hebben dat zwangerschapsafbreking een uitzondering moet blijven (§ 147) en de toestand van de vrouw geen aanleiding mag zijn om het bestaan van de foetus uit het oog te verliezen en de redenen bijgevolg van zeer ernstige aard zijn en niet met persoonlijke belangen mogen gelijkgeschakeld worden, en verder in de educatieve optiek (§ 179) opgemerkt te hebben dat als algemene regel geld : Zwangerschapsafbreking is verboden, tenzij in nader bepaalde omstandigheden — wordt de levenssituatie zo breed gesteld dat de omstandigheden waarin de abortus *niet* zal worden uitgevoerd, eerder de uitzonderingen zullen uitmaken. Dit laatste is in tegenspraak met hun eigen paragraaf 147 : abortus moet een uitzondering blijven.

Men kan derhalve terecht vrezen dat zal gebeuren wat de 13 in hun verslag naar voor brengen en met name in § 138 : « Indien men clandestiene zwangerschapsafbrekingen wil vermijden, door deze om te vormen in zwangerschapsafbrekingen toegestaan door de wet, dan wordt het probleem uiteindelijk alleen verplaatst. »

Wordt in een maatschappij het verantwoord ouderschap als algemene doelstelling van het zwangerschapsbeleid (§ 139) in de hand

gewerkt, en een kind-gerichte mentaliteit bevorderd, als de indicatiestelling tot zwangerschapsonderbreking zo breed kan gesteld worden dat zij in feite als educatief effect zal meebrengen het volledig negeren van de waarde van het groeiende menselijke leven ?

In het rapport van de 13 wordt heel sterk de nadruk gelegd op de zogenoemde educatieve methode waar de te verwezenlijken doelstellingen worden bereikt uitgaande van de basisgegevens (de zogenoemde werkelijke feiten in deel I).

In de grafische voorstelling wordt zorgvuldig het begrip norm weggelaten. Wanneer wij op onze beurt de grafische voorstelling verbinden met feitelijke gegevens o.a. Dombrowicz 1975; Hubinont 1975 (§ 66-67) over zwangerschapsonderbrekingen, onwettelijk uitgevoerd in Belgische Universitaire ziekenhuizen, dan blijkt hieruit dat in 90 % van de gevallen de abortus wordt uitgevoerd om andere dan somatische medische redenen. Hierbij worden dan blijkbaar normen gehanteerd die in tegenstelling staan tot de normen en waarden die in onze samenleving aanwezig zijn en ook belangrijke feiten zijn, en met name « dat in onze cultuur de bescherming van het menselijk leven als beginsel algemeen onderschreven wordt. »

Het geheel vertoont wel enige analogie met het arbitraire manipuleren met de ideale Gauss kurve om een populatie bij of ver van de ideaal geachte waarde te houden.

De juristen zullen ons moeten zeggen of maatschappij- en rechtsnormen op deze wijze moeten of mogen tot stand komen.

Voor wat ons medici betreft « van wie een grondige attitude verandering wordt verwacht ten aanzien van de abortuskwestie (§ 40) lijkt het niet dat deze van onder nieuwgegroeide normen vlug als richtsnoer zullen gelden voor ons medisch handelen. Moet met dit feit ook geen rekening worden gehouden als blijkt « dat een diepgaande verandering bij deze groep zich niet makkelijk en vlug zal voltrekken (§ 40) ?

In een andere grafische voorstelling, de Cartesiaanse methode, daarentegen, gaat de rechtsnorm wel de richting uit, maar niet naar gebondenheid met de werkelijke feiten.

De vergelijking van de educatieve en de cartesiaanse methode die men hier wil maken lijkt mij onverstandig.

De ideale verbinding van rechtsnormen en werkelijkheid is alleen in Utopia te vinden, tenzij men de normen manipuleert.

TOEPASSINGSMODALITEITEN

Na het formuleren van hun voorstellen tot wetswijziging gaan de groep van de 12 en van de 13 over tot het voorstellen van uitvoeringsmodaliteiten.

Deze uitvoeringsmodaliteiten en de controle maatregelen die zij voorstellen vertonen grote analogieën.

Groot belang wordt gehecht in beide rapporten aan het inrichten van opvangcentra, die als doel hebben met de patiënte een dialoog aan te gaan, haar op te vangen, bijstand te verlenen en te zorgen voor opvoeding en nazorg. Dit alles onder de waarborgen van een ernstige toepassing van de wet.

Volgens de 12 impliceert dit niet opvoeding dank zij abortus, maar eerder het aankweken van een positieve houding ten overstaan van het moederschap en het kind.

Volgens de 13 is het doel van de ontvangststruktuur alle abortus gevallen te beperken (vooral de clandestiene) en tot deze laatste niet aan te zetten door ingewikkeldheid.

Deze ontvangstcentra, die intern of extern kunnen gelokaliseerd worden t.o.v. een ziekenhuis, moeten beschikken over een *multidisciplinair team,* samengesteld door een geneesheer, een maatschappelijk assistent of -verpleegster, een psychiater of psycholoog. Volgens de 12, is de arts in het ontvangstcentrum een gynaecoloog. Naargelang de noodzakelijkheid kan de samenstelling van zo een centrum worden uitgebreid.

Deze ontvangststructuur *moet erkend worden door een commissie van het Ministerie van Volksgezondheid,* waarvan de samenstelling bij wet wordt vastgesteld. Bij de 12 wordt deze Erkenningscommissie *ook de rol van controle toegemeten.* In verband met de erkenning van personen en ziekenhuizen weze ook nog opgemerkt dat volgens de 12, de erkenning aangevraagd moet worden aan deze erkenningscommissie en dat het gaat over een *speciale erkenning.* Volgens de 13 volstaan de gewone criteria voor erkenning van een ziekenhuis.

In deze ontvangststructuren, voorzien zowel door de 12 als door de 13, worden na ondervraging en onderzoek en raadpleging van de aanwezige deskundigen *een dossier* samengesteld, dat al de nodige elementen bevat.

De uiteindelijke *beslissing* wordt evenwel genomen door de geneesheer samen met de vrouw.

De geneesheer die de gewetensclausule inroept moet de patiënte daarover inlichten vanaf haar eerste bezoek.

De gynaecoloog of geneesheer blijft het vrij abortus te weigeren, die hij onvoldoende in overeenstemming met de wet acht. Het is duidelijk dat in verband met de formulering van de wetsveranderingen van de 12 en de 13 volkomen verschillende appreciaties over dit laatste punt kunnen ontstaan.

Het uitvoeren van een A.A.P. gebeurt in een ziekenhuis waar men kan beschikken over alle garanties van goede uitvoering en nazorg. Volgens de 13 wordt abortus uitgevoerd door een *arts, getraind in de moderne technologie van de A.A.P.* Volgens de 12 moet deze taak worden toevertrouwd aan een *erkend gynaecoloog,* die beter over indicatie, contra-indicatie etc. van het geval kan oordelen.

De arts en het paramedisch personeel kunnen de gewetensclausule inroepen. Bij de 12 wordt er gespecifieerd dat geen enkel arts en geen enkel personeelslid van een ziekenhuis tegen zijn geweten kan worden verplicht zijn medewerking te verlenen aan een A.A.P. Deze weigering mag geen weerslag hebben op de aanwerving en op de stabiliteit van zijn betrekking.

Voor wat de *controle-maatregelen* betreft, zijn er tussen de voorstellen van het rapport van de 12 en van de 13 belangrijke verschillen op te merken.

Bij de 13 worden protocollen opgemaakt op de officiële formulieren in 2 exemplaren. Een eerste exemplaar blijft bij het medische dossier gehecht, en een tweede exemplaar wordt gestuurd naar de erkenningscommissie bij het MVG. Deze protocollen bevatten alle gegevens van het dossier. Het dossier blijft anoniem ten hoofde van de moeder. In het voorstel van de 13 is de hoofdzakelijke bedoeling bij middel van deze studie van protocollen een wetenschappelijke en statistische analyse van de studie te kunnen opmaken.

Bij de 12 daarentegen wordt het protocol in 3 dubbel opgemaakt waarbij er één in het medische dossier blijft, een ander verstuurd wordt aan de statistische dienst van het MVG en een derde exemplaar verstuurd wordt naar de *controle commissie.*

Dit bevat een bedekt vakje met de naam van de moeder, dat alleen bij strafrechtelijke vervolging geopend kan worden.

De controle maatregelen voorzien door de 12 in verband met het nagaan van de kwaliteit van de verstrekte zorg en de correcte toepassing van de door de wet bepaalde voorwaarden is strenger. Zij voorziet ook in een geregelde inspectie van gynaecoloog, diensten en ziekenhuizen.

In de beide rapporten wordt ook belang gehecht aan het nemen van maatregelen om het uitvoeren van abortus uit winstbejag onmogelijk te maken.

CONCLUSIE

Na lezing van deze beide rapporten zouden wij als conclusie kunnen stellen dat uitgaande van dezelfde feitelijke gegevens de groep der 12 en der 13 gekomen zijn tot voorstellen van een wetswijziging die maar in schijn dicht bij elkaar liggen.

Bij het volgen van het rapport der 12 worden de aanvragen tot abortus aan een objectief onderzoek onderworpen, dat rekening houdt met het feit van een waardeconflict dat bij het stellen van het vraagstuk optreedt.

Bij het volgen van de conclusie van de 13, maakt men gebruik van een zeer ruime formulering waarbij aan alle aanvragen tot abortus positief kan worden beantwoord. Dezelfde optie- en optiekverschillen vinden wij terug in het opstellen van modaliteiten van uitvoering en van de controle.

Het is evenwel duidelijk dat in de beide voorstellen wordt afgeweken van de traditionele medische houding t.o.v. het abortus vraagstuk.

D. VANDEKERCKHOVE,
Professor aan de R.U.G.
Dienstoverste Gynaecologische kliniek

CONCLUSION

Après lecture des deux rapports nous pourrions conclure que, partant des mêmes faits, le groupe des 12 et celui des 13 sont arrivés à des propositions de modification de la loi qui ne sont rapprochées qu'en apparence.

Suivant le rapport des 12 nous constatons que les demandes d'avortement sont soumises à un examen objectif qui tient compte du conflit de valeurs qui surgit à l'étude du problème.

Suivant le rapport des 13 nous constatons que dans la conclusion on applique une formulation très large qui permet de répondre affirmativement à toute demande d'avortement. Nous retrouvons ces mêmes différences d'option et d'optique dans la rédaction des modalités d'exécution et de contrôle.

Il est néanmoins clair que dans les deux propositions on s'écarte de l'attitude médicale traditionnelle à l'égard du problème de l'avortement.

D. VANDEKERCKHOVE,
Professeur à la R. U. G.
Chef de Service de la Clinique Gynécologique.